

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 304

Travail de la Clinique Obstétricale du Professeur Voron

Quatre observations de pyélonéphrite grave de la grossesse

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 17 Décembre 1930

PAR

Sigismond BACKTROG

Né le 17 Mai 1899, à STRYJ (Pologne)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

QUATRE OBSERVATIONS DE PYÉLONÉPHRITE GRAVE
DE LA GROSSESSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 304

Travail de la Clinique Obstétricale du Professeur Voron

Quatre observations de pyélonéphrite grave
de la grossesse

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 17 Décembre 1930

PAR

Sigismond BACKTROG

Né le 17 Mai 1899, à STRYJ (Pologne)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
 Doyen M. J. LEPINE
 Assesseur M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	VALLAS
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMRON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président* ; RHENTER, *assesseur* ;
 CHALIER A. et EPARVIER, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE
ET DE MA SOEUR CLARA

A MON PÈRE

Nous lui devons tout. En lui dédiant
ce modeste travail, nous l'assurons de
notre infinie reconnaissance et de nô-
tre profond attachement filial.

A MA SOEUR

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. VORON

Professeur de Clinique Obstétricale
Accoucheur des Hôpitaux

Nous n'oublierons jamais les marques de sympathie bienveillante qu'il nous a toujours prodiguées. Pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, pour l'accueil qu'il a bien voulu nous faire dans son service, pour l'idée qu'il nous a inspirée, nous lui adressons nos plus respectueux sentiments de gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. PIGEAUD

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon
Moniteur de Clinique Obstétricale

Il nous a inspiré notre travail et fut pour nous un guide sûr. Nous avons conscience de tout ce que nous lui devons. Que sa modestie ne soit pas offensée de ce témoignage.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LWOW
ET LYON

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. BLUYSEN

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien en Chef de l'Hôpital Saint-Louis
à Boulogne-sur-Mer*

Qui a bien voulu nous accueillir dans son service de chirurgie comme interne. Il nous a toujours montré le chemin du devoir par sa vie de droiture et de probité professionnelle. Qu'il trouve ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre reconnaissance.

A MONSIEUR PIERRE KLUCZYNSKI

Consul de Pologne à Lyon

L'expression de notre dévouement et hommages respectueux.

A MONSIEUR E. CANU

*Député de Boulogne-sur-Mer
Président du Conseil d'Administration
de l'Hôpital Saint-Louis*

Hommages respectueux et nos remerciements pour sa haute bienveillance.

QUATRE OBSERVATIONS DE PYÉLONÉPHRITE GRAVE DE LA GROSSESSE

Introduction

Au cours de l'année 1929-1930, alors que j'avais l'honneur de remplir les fonctions d'externe dans le service de mon Maître, M. le Professeur Voron, j'ai eu l'occasion d'observer très complètement deux cas de pyélonéphrite très grave chez des malades en traitement à la deuxième infirmerie de la Clinique obstétricale.

Ces malades ont séjourné plusieurs mois à la deuxième infirmerie avec des signes infectieux et toxiques tout à fait différents de ceux qu'il est commun d'observer dans la pyélonéphrite banale de la grossesse.

A la même époque, ayant eu l'occasion de lire dans le *Bulletin d'Obstétrique et de Gynécologie* une communication de M. le Professeur Fruhinsholz sur certaines formes de pyélonéphrite particulièrement graves, j'ai retrouvé dans les observations présentées par ce Maître des symptômes que j'avais observés moi-même chez nos deux malades.

Très vivement intéressé par ces faits, j'ai demandé

à mon Maître, M. le Professeur Voron, de me permettre de pouvoir étudier des cas de pyélonéphrite grave dans son service. Il a bien voulu me conseiller d'en faire le sujet de ma thèse inaugurale et je suis heureux de cette occasion qui m'est offerte de lui exprimer ma reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

Dans ce travail, j'appuierai mes conclusions sur trois observations recueillies à la Clinique obstétricale. Deux d'entre elles ont été publiées par M. Pigeaud à la Société des Sciences médicales à Lyon ; l'autre est inédite. Une quatrième observation extrêmement intéressante a été publiée récemment à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon par MM. Rhenter et Pizzera. M. le Professeur Agrégé Rhenter a bien voulu m'autoriser à reproduire cette observation et je tiens à lui exprimer toute ma gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Lorsqu'on lit dans les traités classiques, ce qui a trait à la pyélonéphrite de la grossesse, on voit qu'il s'agit là d'une infection fréquente à symptomatologie assez banale et qui, en dehors de quelques cas assez tenaces, guérit en général chez les femmes non tarées.

La pyélonéphrite est une complication longtemps méconnue de la grossesse.

Elle avait été entrevue par Rayer ; mais ce fut Reblaub qui attira l'attention (1892) sur les infections du rein et du bassinet, consécutives à la compression de l'uretère par l'utérus gravide. Depuis cette époque, de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet ; en particulier par Legeu, Bar, Cathala, Albeck, Wallich, etc.

La grossesse est la véritable cause prédisposante de la pyélonéphrite. Elle agit en produisant de la stase sanguine dans les vaisseaux rénaux et surtout en provoquant de la rétention urinaire par compression de

l'uretère. Elle entraîne ainsi des altérations du rein et du bassinet, diminue la résistance de ces organes et les prédispose à l'infection.

C'est justement cette atteinte plus ou moins sévère du parenchyme rénal au cours de la pyélonéphrite qui nous paraît jouer un rôle capital dans la gravité et dans la durée de l'évolution.

M. le Professeur Fruhinsholz, dans plusieurs publications, soit à la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Nancy, soit dans *Paris Médical*, soit enfin dans la thèse de son élève Scharf, a attiré depuis plusieurs années l'attention sur certaines formes de pyélonéphrite gravidique, qu'il qualifie de gravidotoxiques.

Ainsi que l'a écrit ce Maître éminent :

« La pyélite gravidique est certainement quelque chose de plus, sinon quelque chose d'autre qu'une banale infection colibacillaire en surface des voies excrétrices (bassins et uretères). Sans doute y a-t-il déjà des raisons d'ordre mécanique et d'ordre fonctionnel qui tendent à fixer d'abord un colibacille évadé de l'intestin et en quête d'emploi sur les bassins et les uretères de la femme gravide, plus spécialement sur ceux du côté droit, mais il ne faut pas oublier que dans un organisme envahi par l'infection, les organes en état de surcharge fonctionnelle, sont électivement désignés pour servir de fixateur à cette infection par ailleurs latente. La physiologie de l'état de gestation nous enseigne d'autre part l'association fonctionnelle couplée hépato-rénale. On sait la nécessité de l'intégrité de ce couple fonctionnel pour que la gestation évolue bien ; on sait les suppléances qui se font entre

ces deux organes, l'insuffisance de l'un entraînant parfois le surmenage, puis l'insuffisance de l'autre ; on sait également que bien des défaillances rénales ne sont, chez la femme enceinte, que la conséquence d'une insuffisance hépatique ; on sait d'autre part que des associations fonctionnelles physiologiques mènent parfois à des associations pathologiques comme cela est particulièrement le cas dans l'éclampsie où le couple fonctionnel hépato-rénal est solidement intéressé. On comprend que chez la femme enceinte plus spécialement, le colibacille, dès qu'il aura perdu ses caractères saprophytes pour devenir pathogène, tendra électivement vers les voies urinaires et biliaires. C'est déjà là une raison pour que la pyélite de la gestation ne soit pas rien que cela et pour qu'à sa symptomatologie propre puisse se superposer, par exemple, celle d'une angiocholite. Voilà de quoi varier les nuances d'une maladie comme la pyélite, déjà très nuancée par elle-même, mais il y a d'autres raisons encore qui vont pouvoir lui donner un cachet plus spécialement gravidique.

« On sait, en effet, que la suppuration des voies d'excrétion, qu'elles soient biliaires ou urinaires, ne constitue pas une pure maladie locale et de surface. Elle ne va pas sans retentir sur le fonctionnement réel des organes dépurateurs envahis par elle. Chevassu a montré en particulier que de simples obstacles à l'excrétion urinaire étaient susceptibles d'entraîner, par une sorte d'inhibition, des troubles fonctionnels graves, par exemple une véritable rétention uréique, alors que, cependant, le débit urinaire volumétrique

reste suffisant. Il semble établi par ailleurs que certaines pyélites, d'abord maladies de surface, peuvent aboutir secondairement à l'altération du parenchyme rénal.

« Si nous nous avisons maintenant qu'il s'agit, au cas qui nous occupe, du rein et du foie d'une femme en état de gestation, si nous acceptons l'idée d'un trouble fonctionnel de ces organes qui comptent au premier rang dans la physiologie gravidique, si nous admettons les modifications profondes qui peuvent s'ensuivre dans le métabolisme, si nous tenons compte des « poisons » propres à l'œuf vivant, nous arrivons à concevoir comment le trouble fonctionnel succédant à la lésion, le trouble toxique au trouble fonctionnel, on se trouve tout à coup devant un tableau clinique qui n'a plus rien de commun avec celui de la pyélite initiale, encore moins avec celui de la pyélite d'un urinaire quelconque. »

Nous venons de reproduire in extenso tout un article du Professeur Fruhinsholz, qui semble s'appliquer aux malades, dont nous avons pu recueillir les observations.

Dans nos quatre cas en effet, la pyélonéphrite s'est présentée sous une forme absolument anormale, non seulement par la gravité des symptômes, mais aussi par leur groupement et par l'évolution de la maladie dans chaque cas.

Deux de nos malades ont présenté dès le début de la grossesse une affection à type de septicémie colibacillaire. Pour les deux autres, les symptômes toxiques ont dominé la scène et les malades ont présenté au

dernier mois un syndrome de vomissements graves, qui a contraint d'interrompre la grossesse.

Dans ce travail nous rapporterons aussi complètement que possible les quatre observations qu'il nous a été donné de recueillir ; ensuite nous essayerons de grouper les faits observés et d'exprimer les conclusions qui en découlent.

CHAPITRE II

Examen des faits observés

Nous rapportons quatre observations de pyélonéphrite grave de la grossesse. Nous nous sommes arrêté au terme de pyélonéphrite grave malgré l'imprécision de ce qualificatif parce que les faits que nous rapportons, s'ils paraissent bien dans les quatre cas sous la dépendance de la colibacillose gravidique, ont affecté des aspects cliniques assez différents. Dans nos quatre observations, l'état général a été atteint à un tel point que nous avons éprouvé quant à leur vie la plus grande inquiétude.

Il s'est agi dans tous les cas de pyélonéphrite bilatérale, soit que les deux bassinets fussent atteints simultanément, soit qu'ils l'aient été successivement. Le nombre insuffisant des observations recueillies ne nous permet pas de dire que, du seul fait de la bilatéralité des lésions l'affection revêt toujours un sem-

blable caractère de haute gravité. Cependant, parmi de nombreuses observations de pyélonéphrite qui ont été recueillies depuis plusieurs années à la deuxième infirmerie de la Clinique obstétricale, il s'agissait trois fois seulement de pyélonéphrite bilatérale ; ces trois observations forment avec une quatrième, due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé Rhenter, l'objet de ce travail.

Les quatre observations que nous publions peuvent à première vue être réparties en deux groupes de deux observations. Dans le premier groupe, nous voyons deux femmes, habituellement bien portantes et paraissant exemptes de toute tare, devenir enceintes et présenter dès les premiers mois de la grossesse une pyélonéphrite à forme très sévère.

Pour notre première malade, le début de l'affection remonte à la fin du troisième mois ; pour la deuxième malade à la fin du cinquième mois. Les deux fois, avec des signes urinaires caractérisant une pyélonéphrite bilatérale diagnostiquée à la suite d'examens urologiques complets, faits par M. le Docteur Reynard ; le tableau clinique consistait essentiellement en température très élevée et persistante. Pendant presque un mois la température s'est maintenue sensiblement en plateau avec simplement quelques oscillations d'assez faible amplitude entre 39° et 40°. En même temps on notait une atteinte extrêmement marquée de l'état général à tel point que, dans les deux cas, on redoutait l'existence d'une septicémie à colibacilles et ceci bien que plusieurs hémocultures se soient montrées négatives.

L'état général de ces malades a été atteint de telle sorte que l'une d'elles a présenté des troubles psychiques graves réalisant le tableau d'une véritable psychose gravidique. Nos deux malades ont en outre présenté une anémie très marquée, l'une d'entre elles surtout où le nombre des globules rouges est descendu à 2.700.000.

Nous allons voir maintenant dans quelle mesure leur parenchyme rénal a participé à la constitution du tableau clinique.

A la suite des cathétérismes du bassin, on a pu faire un examen des urines très précis tant au point de vue chimique qu'au point de vue bactériologique. De même, les prises de sang répétées ont permis de voir les modifications du sérum.

PREMIÈRE OBSERVATION

a) *Examen bactériologique des urines.* — Les nombreux examens pratiqués ont montré que dans l'échantillon d'urines provenant de chacun des deux reins existaient de nombreux colibacilles et aussi des staphylocoques.

b) *Examen chimique des urines.* — Nous donnons ici le résultat des examens pratiqués à un moment de la maladie où les signes étaient au maximum. Nous trouvons :

Rein gauche : ..

Chlorure de sodium, par litre...	9 gr. 12
Urée, par litre.....	7 gr. 75
Albumine, par litre.....	0 gr. 50

Rein droit :

Chlorure de sodium par litre... 3 gr. 74

Urée par litre..... 5 gr. 26

Albumine par litre..... 0 gr. 60

Recherche de l'acétone : légèrement positive.

Coefficient de Maillard : 10,16.

c) *Dosage de l'urée dans le sang.* — L'urée recherchée à plusieurs reprises n'a jamais été trouvée supérieure à 0 gr. 33 par litre.

DEUXIÈME OBSERVATION

a) *Examen bactériologique des urines.* — Les urines provenant de chacun des deux reins,ensemencées à plusieurs reprises, ont toujours montré la présence de colibacilles à l'état pur.

b) *Examen chimique des urines :*

Rein gauche : ..

Chlorure de sodium par litre.. 12 gr.

Urée par litre..... 7 gr. 20

Albumine nuage

Rein droit

Chlorure de sodium par litre.. 6 gr.

Urée par litre..... 7 gr. 20

Albumine nuage

c) *Dosage de l'urée dans le sang.* — Le taux de l'urée dans le sérum n'a jamais été trouvé supérieur à 0 gr. 35 par litre.

Lorsqu'on étudie ces résultats, on voit qu'en somme les signes d'atteinte rénale ont été réduits à peu de chose. Il est curieux de constater que, bien qu'il s'agit de pyélonéphrite bilatérale, le pouvoir d'élimination du rein droit a toujours été sensiblement plus atteint

que celui du rein gauche sans que cependant l'atteinte de ce rein paraisse vraiment très marquée.

Le taux de l'urée dans le sang a toujours été trouvé sensiblement normal.

En somme, dans ces deux cas, il semble que ces modifications des humeurs ont été minimales et que l'atteinte du parenchyme rénal est restée superficielle.

Ce qui a dominé chez ces deux malades, ce sont les symptômes infectieux. Ceux-ci n'ont pas été modifiés par des lavages du bassin ; il est vrai qu'ils n'ont pu être continués du fait des difficultés d'introduction des sondes urétrales. Dans nos deux observations nous avons obtenu un bon résultat, semble-t-il, de l'emploi de l'auto-vaccinothérapie. Une douzaine de jours après le début du traitement, nous avons vu les symptômes infectieux s'amender et bien que nos deux malades ont continué à présenter une colibacillurie intermittente, elles ont été pratiquement guéries et se sont vues pouvoir continuer leur grossesse normalement jusqu'au voisinage du terme.

Il semble qu'on soit en droit chez ces deux malades, malgré le résultat négatif des hémocultures, de porter le diagnostic de colibacillose gravidique à type septicémique.

Nous allons étudier maintenant les deux dernières observations.

Ces deux observations sont assez semblables. Dans chacune d'elles on voit la pyélonéphrite apparaître au cours du dernier trimestre de la grossesse. Dans chaque cas il existe des phénomènes infectieux, mais, et

cela est particulièrement net dans notre 3^e observation, ils sont toujours restés modérés.

Ce sont les phénomènes toxiques qui ont dominé le tableau clinique et l'on a vu ces malades présenter au dernier trimestre de la grossesse des « vomissements graves ».

Les différents examens qui ont été pratiqués chez ces malades, en plus de la mise en évidence d'une pyélonéphrite certainement bilatérale chez la malade n^o 3 et vraisemblablement aussi chez la malade n^o 4, ont montré :

TROISIÈME OBSERVATION

Examen des urines. — Plusieurs examens ont été pratiqués à plusieurs reprises ; ils ont toujours montré une aggravation constante des lésions rénales, L'albuminurie est montée de 1 gr. à 3 gr. par litre.

L'élimination du chlorure de sodium et de l'urée a été notée respectivement à 2 gr. 11 et 4 gr. 50 par litre.

Le coefficient de Maillard est monté progressivement de 10,28 à 23.

Examen du sang. — Le taux de l'urée dans le sang n'a pas dépassé 0 gr. 45.

QUATRIÈME OBSERVATION

Examen des urines. — Un examen pratiqué peu avant l'interruption de la grossesse a montré :

Albumine : traces.

Sucre : néant.

Acide diacétique : néant.

Acétone : présence.

Examen du sang. — Taux de l'urée dans le sérum :
1 gr. 08 par litre.

Contrairement à ce que nous avons vu dans nos deux premières observations, il semble que l'atteinte du parenchyme rénal ait été tout à fait nette.

Elle est prouvée dans notre troisième observation par l'existence d'une albuminurie massive et par l'élimination extrêmement diminuée du chlorure de sodium et de l'urée.

Elle est prouvée dans notre quatrième observation par l'augmentation impressionnante du taux de l'urée dans le sang.

Dans ces deux cas, en outre, le foie a paru très nettement atteint. Les deux fois, on a trouvé un subictère assez net, tandis que l'examen des urines révélait, en plus de l'acétonurie légère, la présence de sels et de pigments biliaires.

De plus, dans notre troisième observation dans laquelle ce test a été recherché, on a noté une augmentation progressive du taux du coefficient de Maillard qui a atteint le chiffre 23.

Au point de vue clinique, ces malades se sont présentées comme des « vomissements graves » de la grossesse. Devant l'aggravation progressive des symptômes, on a été contraint, dans chaque cas, d'interrompre la grossesse.

Le résultat a été très heureux pour les mères dont l'état s'est très rapidement amélioré. Les deux enfants sont nés vivants. L'un d'eux est mort à la fin du premier mois; l'autre est actuellement vivant et en bonne santé.

En somme, ces deux malades ont présenté, en plus des symptômes infectieux assez atténués, un état de toxémie gravidique apparu tardivement au cours de la grossesse. Nous employons ce mot de toxémie gravidique parce qu'il fait image et qu'il est commode. En réalité, il s'est bien agi d'une toxémie survenue chez une femme enceinte et sous cette forme, le terme « gravidique » est justifié. Mais dans l'esprit des médecins, l'expression de toxémie gravidique est associée à une idée d'aggression de la part du fœtus vis-à-vis de la mère. Cette conception qui nous paraît déjà très discutable à propos des toxémies observées au cours des premiers mois, doit être résolument écartée à propos de ces toxémies tardives.

Nous pensons bien que c'est parce que ces femmes sont enceintes, et que leur métabolisme est, de ce fait, plus ou moins profondément troublé, qu'une infection colibacillaire peut se traduire par un semblable tableau clinique.

C'est cette conception qui justifie l'interruption thérapeutique de la grossesse ; mais il est important de signaler que le fœtus et, d'une manière plus générale, l'œuf n'est pas la cause directe de cet état.

Autrement dit, ces états de toxémie tardive ne sont pas le fait d'un produit de conception anormal se développant chez une femme saine, mais bien le fait d'un œuf entièrement normal se développant chez une femme tarée ou malade, à couple hépato-rénal insuffisant.

Ces réserves étant faites, il paraît justifié de porter dans ces deux cas le diagnostic de pyélonéphrite gravidique à forme toxique.

Observations

OBSERVATION I

Mme Mar..., 18 ans, primipare.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : poliomyélite à l'âge de 6 ans, ayant guéri sans séquelles. La malade tousse un peu tous les hivers ; n'a jamais interrompu son travail.

Réglée à 16 ans, d'une façon plutôt irrégulière.

Mariée en avril 1929, réglée régulièrement depuis, jusqu'au mois de juillet.

Dernières règles normales du 14-18 juin 1929 ; accouchement probable : 23 mars 1930.

La malade entre à la 2^e infirmerie le 24 octobre 1929 parce qu'elle présente de la température et souffre du rein droit.

Examen à l'entrée. — Malade pâle, présentant une figure bouffie sans œdèmes véritables.

Grossesse de 3 mois environ, utérus de volume normal en bonne position.

Température à 40 ; pouls à 100. 500 grammes d'urines par 24 heures, contenant du pus et des colibacilles. La malade se plaint de douleurs spontanées à droite, mais l'examen provoque des douleurs bilaté-

rales dans la région lombaire. La palpation est douloureuse, mais les reins ne sont pas perçus.

On fait le diagnostic de pyélonéphrite de la grossesse : on institue le traitement habituel et on envoie les urines à l'Institut Bactériologique pour la préparation d'un autovaccin.

Dans les jours suivants, l'état de la malade reste assez grave malgré le traitement. La température oscille entre 38 et 40 avec des oscillations moyennes. Le pouls reste à 100. La malade présente quelques vomissements et maigrit. Cependant le taux de la diurèse quotidienne augmente et se maintient aux environs de 1.500 grammes.

Une hémoculture est négative.

Du reste, malgré l'existence des phénomènes infectieux, ce sont les symptômes d'intoxication qui dominent la scène. La malade est pâle, présentant une anémie marquée (globules rouges, 2.700.000), elle vomit; de plus, on voit s'installer chez elle des phénomènes nerveux : torpeur, prostration. Ces phénomènes s'exagèrent progressivement et on fait bientôt le diagnostic de psychose gravidique caractérisée.

On montre la malade à un urologiste. M. Reynard pratique un cathétérisme du bassinet et l'analyse des urines provenant de deux reins donne le résultat suivant :

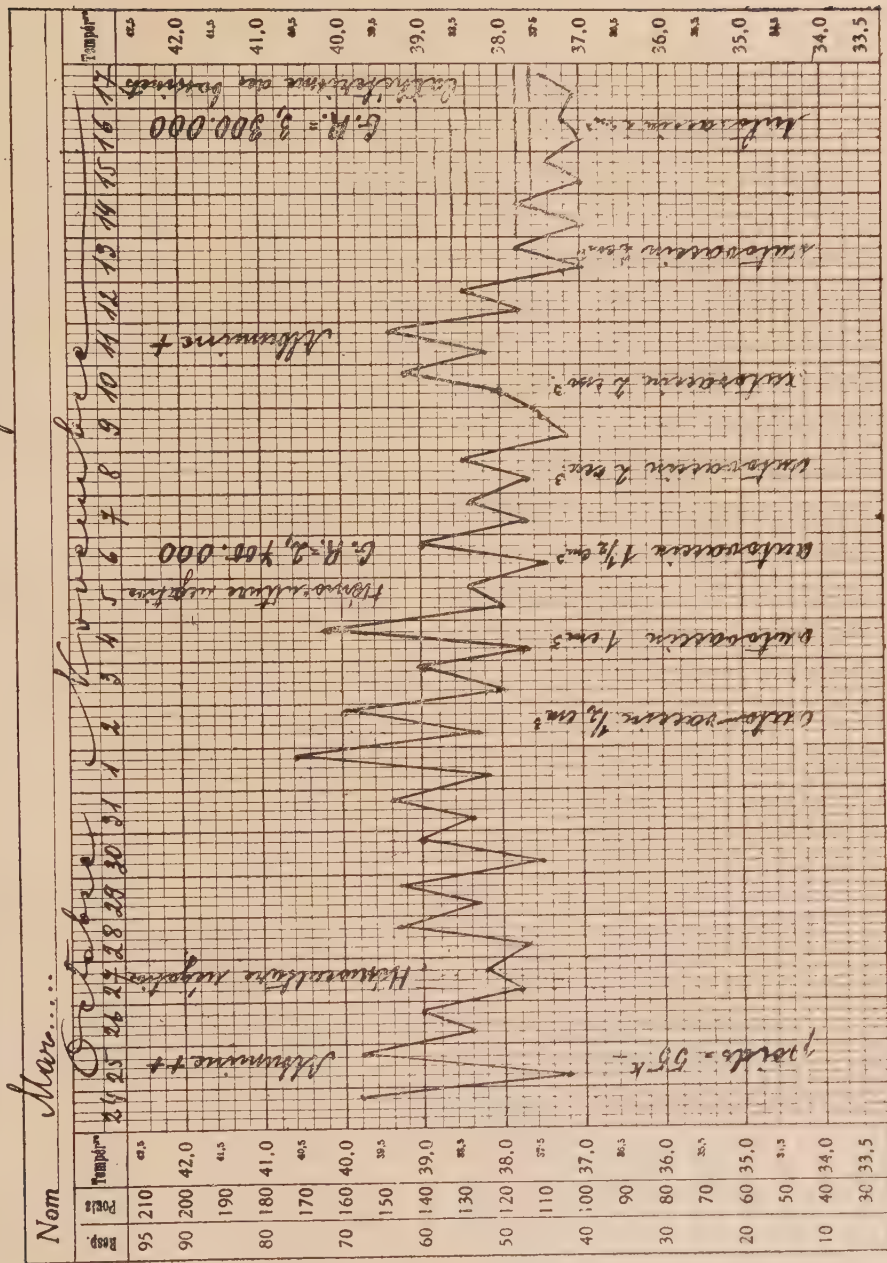
A) *Examen bactériologique.* — Dans les échantillons d'urines, on trouve à l'examen direct et par culture des nombreux colibacilles et aussi des staphylocoques.

B) *Examen chimique :*

Urine du rein gauche :

Salle L. Infirmerie

Salle 2. Infirmerie



Chlorure de sodium par litre....	9 gr. 12
Urée par litre	7 gr. 75
Urine du rein droit :	
Chlorure de sodium par litre....	3 gr. 74
Urée par litre.....	5 gr. 26

En résumé : les analyses montrent qu'il s'agit d'une pyélonéphrite bilatérale, mais que, bien qu'il y ait une différence notable entre le fonctionnement du rein droit et celui du rein gauche, le fonctionnement des reins est dans l'ensemble satisfaisant.

Par ailleurs, les autres examens mis en œuvre montrent :

Taux de l'urée dans le sang, 0 gr. 33 pour mille.

Légère acétonurie.

Coefficient de Maillard, 10,16.

Réaction de Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien négative.

L'autovaccinothérapie est commencée le 2 novembre, 15 jours environ après le début des phénomènes infectieux. On injecte tous les deux jours 2 cc. d'un autovaccin préparé avec :

1 milliard de colibacilles par ampoule ;

1 milliard de staphylocoques par ampoule.

L'état reste grave jusqu'au 13 novembre. Le cathétérisme du bassinnet n'a pas paru améliorer la situation. Les phénomènes toxiques et infectieux persistent, mais à partir de cette date, c'est-à-dire 12 jours après le début de l'autovaccinothérapie et alors on a injecté 5 ampoules du vaccin, on assiste à une amélioration brusque des phénomènes infectieux. En deux ou trois jours, la température redevient normale et, à partir de ce moment-là, reste aux environs de 37.

Les phénomènes toxiques persistent encore quelques jours, mais progressivement les vomissements s'arrêtent, les phénomènes psychiques diminuent, tandis que l'anémie régresse.

Le 26 novembre, on note que les phénomènes psychiques ont complètement disparu ; la malade s'alimente et reprend du poids. L'utérus a augmenté de volume et on entend des bruits du cœur.

L'examen des urines montre que le fonctionnement des reins est sensiblement normal, mais cependant l'examen bactériologique montre la persistance du pus et des colibacilles.

On continue l'autovaccinothérapie à raison d'une ampoule de vaccin par semaine.

Par la suite, l'état général est resté satisfaisant, la malade a pu rester chez elle jusqu'au terme de la gestation.

On n'a constaté aucun phénomène infectieux ou toxique.

Cependant deux examens d'urines, pratiqués à deux mois d'intervalle, ont continué de montrer la présence des colibacilles.

La malade a accouché spontanément au voisinage du terme, le 24 mars, d'un enfant vivant, pesant 2.950 grammes (placenta 570 gr.), qui est vivant et bien portant aujourd'hui.

OBSERVATION II

Mme G..., 18 ans, primipare.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : rougeole dans l'enfance ; bonne santé habituelle, pas de scarlatine ni typhoïde. Bien réglée depuis l'âge de 13 ans.

Dernières règles normales du 5-10 décembre 1928 ; accouchement probable : 15 septembre 1929.

La grossesse était très bien supportée jusque vers le sixième mois. A ce moment, début très brusque des phénomènes infectieux graves : température à 40, frissons répétés, sueurs profuses. En même temps, la malade souffre du rein droit et présente des urines troubles. Son médecin l'envoie de suite à la clinique obstétricale.

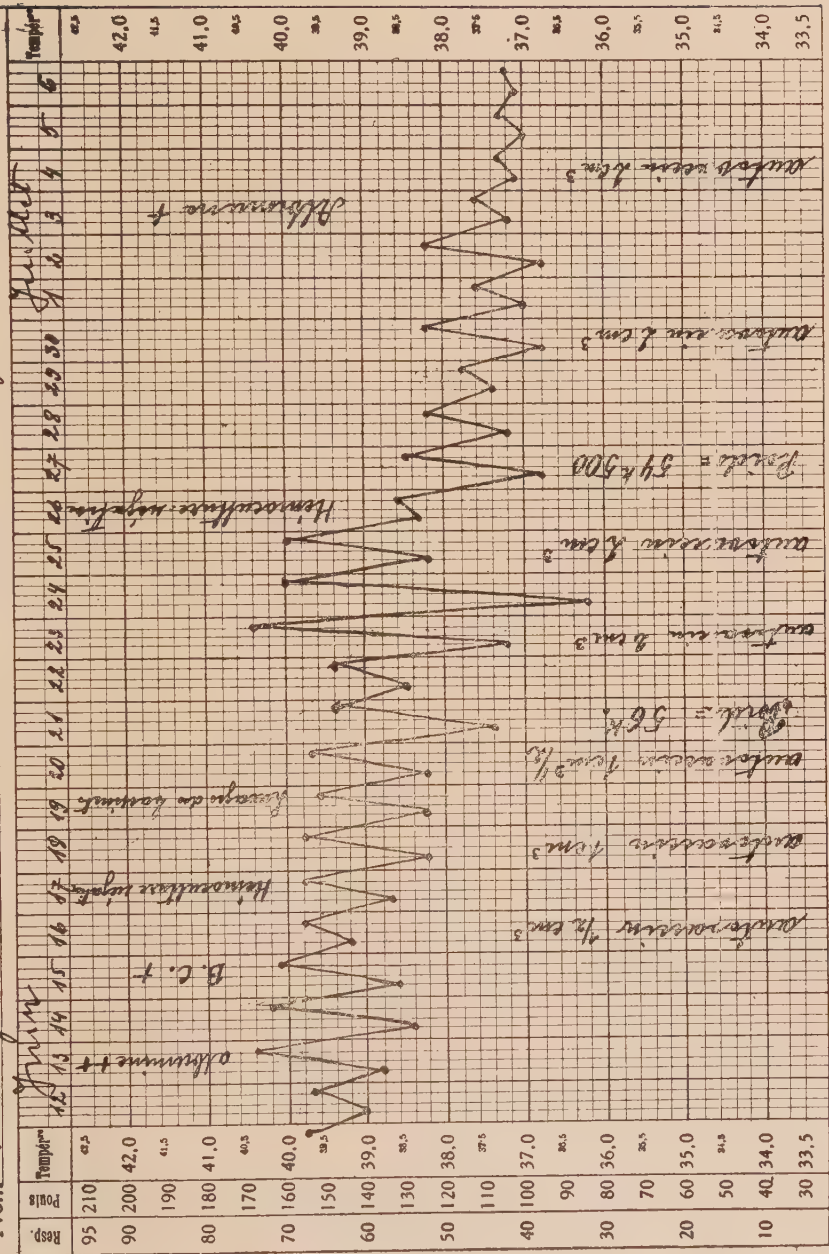
A l'entrée, la malade a un assez bon état général, mais présente des phénomènes infectieux extrêmement marqués. On confirme le diagnostic de pyélonéphrite, l'examen des urines ayant montré la présence du pus et des colibacilles. Par ailleurs, l'examen obstétrical montre un utérus gravide de six mois environ avec enfant vivant.

Le traitement habituel est mis en œuvre, mais l'état de la malade reste grave. En particulier, elle présente une température qui se maintient presque en plateau entre 39 et 40. Devant cet état, on pense à la possibilité d'une septicémie à colibacilles, mais plusieurs hémocultures restent négatives.

Le 13 juin, le docteur Reynard examine la malade

Salle 2^{me} y Infirmerie N°

Entrée le 5. Juin 1929.



au point de vue urologique. Il pratique un cathétérisme suivi de lavages des deux bassinets.

Cet examen montre qu'il s'agit d'une pyélonéphrite bilatérale.

L'examen bactériologique des urines, prélevées au niveau de chacun des deux bassinets, montre :

A) *Rein droit*. — Urine contenant en abondance un bacille mobile ne gardant pas le Gram. On voit des éléments cellulaires assez peu nombreux, constitués uniquement par des cellules endothéliales desquamées. Les cultures faites de ces urines montre la présence de colibacilles à l'état pur.

B) *Rein gauche*. — Même caractéristique. Les cultures faites donnent des colibacilles à l'état pur.

L'examen chimique montre :

A) *Rein droit* :

Chlorure de sodium par litre.... 6 gr.

Urée par litre..... 5 gr. 25

B) *Rein gauche* :

Chlorure de sodium par litre.... 12 gr.

Urée par litre..... 7 gr. 20

En somme, il s'agit d'une pyélonéphrite bilatérale avec colibacilles à l'état pur et l'excrétion urinaire assez satisfaisante.

Par ailleurs, les autres recherches mises en œuvre montrent :

Dosage de l'urée dans le sérum : 0 gr. 35 pour mille.

Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien négatif.

Malgré le traitement et le lavage répété du bassinets, l'état reste très grave avec une température qui, le soir,

reste au voisinage de 40. En même temps, la malade maigrit et présente une anémie très marquée.

L'autovaccinothérapie est commencée le 15 juin. On utilise un autovaccin contenant 2 milliards de colibacilles par ampoule. On pratique une injection tous les trois jours.

Le 26 juin, c'est-à-dire 11 jours après le début de l'autovaccinothérapie, après avoir pratiqué 5 injections du vaccin, on assiste à une sédation assez brusque des phénomènes infectieux. En 3 ou 4 jours, la température tombe au-dessous de 38°.

Pendant les 15 jours qui suivent, on voit son état général s'améliorer progressivement, tandis que la température, après avoir oscillé entre 37° et 38°, redevient normale.

Par la suite, jusqu'au terme, la malade est restée apyrétique. Elle a repris du poids. Mais elle a conservé certains jours des urines troubles contenant des colibacilles.

L'accouchement est spontané, trois semaines avant le terme, d'un enfant vivant, pesant 2.400 gr. Cet enfant, qui paraît débile à la naissance, se cyanose progressivement et meurt après 40 heures.

Suites de couche très simples. La malade quitte le service le 10 septembre, paraissant complètement guérie.

OBSERVATION III

Mme Jas..., 21 ans, primipare.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : toujours en bonne santé.
Réglée à l'âge de 14 ans, toujours régulièrement.

Dernières règles normales, du 20-25 octobre 1929.

Accouchement probable : 30 juin 1930.

La malade entre à la 2^e infirmerie le 20 avril parce qu'elle souffre du rein droit et présente de la température.

Examen à l'entrée : Malade pâle, mauvais état général, douleurs lombaires à droite, la palpation du rein droit est douloureuse, mais le rein n'est pas perçu.

Température à 38°, pouls à 92.

L'examen des urines montre la présence de colibacilles et d'entérocoques.

On fait le diagnostic de pyélonéphrite gravidique et on institue le traitement habituel.

Le 28 avril, l'état de la malade est amélioré et la malade rentre chez elle, malgré le mauvais état général.

La malade reste chez elle jusqu'au 16 mai et, pendant ce temps, elle ne présente ni température, ni douleurs lombaires. Mais vers le 12 mai, la malade a eu des vomissements répétés, elle maigrit rapidement. Bientôt apparaissent des douleurs lombaires à gauche.

Le 16 mai, la malade rentre à la 2^e infirmerie.

A l'entrée, on constate un mauvais état général, douleurs lombaires à gauche. Le rein est douloureux à la palpation, mais il n'est pas perçu. Grossesse d'environ 7 mois avec utérus de volume normal en bonne position. Bruits du cœur positifs.

La température matinale est de 37°5, la vespérale de 38°3.

800 grammes d'urines par 24 heures, contenant du pus et des colibacilles à l'état pur.

Chlorure de sodium par litre..... 2 gr. 11

Urée par litre..... 4 gr. 50

Taux de l'urée dans le sang, p. mille. 0 gr. 35

Coefficient de Maillard..... 15.30

Les autres examens montrent :

La réaction de Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien est négative.

Le docteur Reynard examine la malade et constate que la muqueuse vésicale est très rouge, mais sans lésions spécifiques. Le cathétérisme de l'uretère droit est facile et on assiste à l'évacuation d'une assez grande quantité d'urines purulentes, produites par une distension certaine du bassin.

Au point de vue clinique la malade présente plutôt un syndrome de vomissements incoercibles de la grossesse.

Le 20 mai on commence à injecter l'autovaccin, préparé par l'Institut Bactériologique, à raison de deux cc. tous les deux jours.

Le docteur Reynard constate qu'un lavage du bassin est impossible.

La malade ne présente plus de température ; malgré cela, l'état général reste mauvais et elle vomit d'une façon continue. L'amaigrissement est très rapide, la malade a maigri de 5 kilogrammes en 16 jours.

Le 26 mai, un nouvel examen des urines montre :

Albumine par litre : 2 grammes.

Acétone : néant.

Urée par litre : 9.57.

Chlorure de sodium par litre : 6.20.

Pigments et sels biliaires : traces.

Le coefficient de Maillard : 10.38.

Taux d'urée dans le sang : 0.45.

Les jours suivants, la malade vomit tous les aliments, elle maigrit d'une façon continue ; ainsi à la date du 3 juin, elle a maigri encore de 5 kilogrammes, c'est-à-dire plus de 500 grammes par jour. Le poids est de 42 k. 500. En plus, elle se plaint d'insomnie totale.

En somme, l'autovaccinothérapie paraît avoir complètement échoué. Les urines restent purulentes, la diurèse est de 500 gr. L'examen bactériologique montre toujours la présence de colibacilles à l'état pur.

L'examen des urines montre :

Albumine par litre..... 3 grammes

Acétone néant

Coefficient de Maillard..... 23,33

Le 11 juin, devant l'aggravation de l'état général et craignant une issue fatale, on procède à l'interruption de la grossesse.

On introduit une bougie de Krause et le 14 juin la malade accouche d'un enfant vigoureux de 1.750 gr., le placenta pesant 320 grammes.

Les vomissements continuent encore pendant deux jours et demi après l'accouchement, ils cessent le 16 juin, à midi.

Depuis, on assiste à une amélioration rapide de l'état général.

Le 2 juillet, la malade est revue par le docteur Reynard, qui constate que le cathétérisme des deux uretères est facile et qu'il n'y a pas de lésions vésicales.

Les urines recueillies au niveau des deux bassinets sont également purulentes. Leur examen montre :

A) *Examen bactériologique* :

Colibacilles à l'état pur dans les deux échantillons d'urines.

B) *Examen chimique* :

Rein gauche :

Chlorure de sodium par litre.... 7 gr. 60

Urée par litre..... 6 gr. 37

Rein droit :

Chlorure de sodium par litre.... 3 gr. 51

Urée par litre..... 6 gr. 75

Le 16 juillet, la malade quitte le service en bonne santé, mais ses urines contiennent encore des colibacilles. L'enfant est vivant et pèse 2.100 grammes.

On a revu la malade au début du mois de novembre; la mère est en bonne santé, ses urines ne contiennent pas de colibacilles. L'enfant est superbe et se développe bien.

OBSERVATION IV

Mme Y..., primipare.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : toujours en bonne santé.

Dernières règles vers le 23 juillet 1929.

Accouchement probable vers le 3 mai 1930.

La malade entre le 3 février 1930 à l'infirmerie de la Maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse (Service de M. le Professeur-agrégé Rhenter), envoyée par le médecin traitant pour des troubles urinaires de la grossesse.

Il y a une semaine, la malade a accusé une douleur à la miction et une pollakyurie assez accentuée, ces premiers symptômes ayant apparu brusquement. Le lendemain de leur apparition, la malade note des urines très troubles et, à l'examen, le médecin appelé constate une légère hématurie. Quelques jours après, une douleur lombaire, extrêmement violente, apparaît du côté droit, accompagnée, le 2 février, d'une poussée de température à $39^{\circ} 5$, clocher thermique qui s'est répété le lendemain avec frissons et atteinte de l'état général. C'est sur la constatation de ces symptômes que le médecin traitant dirige la malade dans le service.

A l'entrée : température à 39° , pouls à 120 ; la malade en prise a de violents frissons, accuse surtout de fortes douleurs dans la région lombaire droite. La pollakyurie et la douleur à la miction ont sensiblement diminué d'intensité, mais depuis deux jours ont apparu des vomissements.

La palpation bi-manuelle est en effet particulièrement douloureuse à droite, sans que l'on ne puisse toutefois percevoir le rein. L'examen précise en outre l'existence de points douloureux dans la région costolombaire droite et sur le trajet de l'uretère du côté correspondant.

Le volume urinaire est de 800 cc. environ par vingt-quatre heures, les urines sont toujours très troubles, avec un assez gros disque d'albumine, des urates et de très nombreux colibacilles.

La tension artérielle est de 9/5 au Gallavardin.

L'examen général de la malade est par ailleurs négatif, en particulier le foie n'est ni douloureux, ni hypertrophié.

Au point de vue obstétrical, la malade est actuellement enceinte de six mois environ, la grossesse est en évolution normale, l'utérus en bonne position, les bruits du cœur sont positifs.

Le diagnostic de pyélonéphrite gravidique s'imposait donc dans sa forme banale. On institue d'abord chez cette malade un traitement médical simple avec 1 gr. 50 d'urotropine par jour.

Dans les jours qui suivent son entrée dans le service, la malade se sent mieux, les phénomènes douloureux s'apaisent et la température progressivement, retombe à la normale. La diurèse atteint un chiffre à peu près normal de 1.800 à 2.200 cc.

Le 11 et 13 février, nouveaux clochers thermiques à 40° 5 et 40° 1 ; ascensions thermiques toujours accompagnées de tous les symptômes fonctionnels et généraux précédemment notés. Le 16 février, on décide de compléter le traitement médical par une injection quotidienne de *bactériophage*. Il s'ensuit une période d'apyrexie plus longue et une amélioration manifeste de l'état général. Le 19 février apparaît un nouvel accès thermique, moins élevé, à 39° et plus passager, accès qui ne se répétera que le 26, n'atteignant alors que 38° 4.

Ce léger accès est le dernier constaté jusqu'au 4 mars, date à laquelle la malade, se sentant tout à fait bien, veut quitter le service. A sa sortie, l'état général est en effet très satisfaisant, les douleurs lombaires sont à peine estompées. Néanmoins les urines restent troubles avec toujours de très nombreux colibacilles.

La hauteur utérine mesure 23 cm. et l'examen montre un fœtus encore mobile avec bruits du cœur positifs à droite.

On conseille à la malade de continuer chez elle le repos et le traitement médical à l'urotropine et de revenir aux consultations de grossesse tous les huit jours.

Ce n'est que le 25 mars que *la malade revient dans le service*. Depuis son départ, la courbe de température ne montre qu'un seul clocher à 40°, le 15 mars, et ces derniers jours quelques oscillations journalières aux environs de 39°. Mais le tableau clinique que présente alors la malade est tout à fait différent de celui que nous avons constaté lors de son premier séjour dans le service.

En effet, la malade n'était alors qu'une « urinaire » et elle revient aujourd'hui avec des symptômes d'une intoxication gravidique extrêmement prononcée et qui surprennent par la rapidité de leur évolution.

Si, d'une part, on peut noter une amélioration des symptômes fonctionnels de pyélonéphrite, on est frappé d'autre part par l'atteinte particulièrement grave de l'état général.

L'examen de la malade précise en effet un état d'amaigrissement considérable ; elle a perdu plus de 14 kgs, un facies subictérique, un état dyspnéique avec cyanose légère des extrémités, une tachycardie à 120, dissociée avec la température qui reste sensiblement normale, l'apparition depuis une semaine de vomissements à type véritablement incoercible, rendant toute alimentation impossible. La malade présente en outre un état psychique particulier avec sensation d'angoisse et d'inquiétude.

L'examen des urines, avec une diurèse de 600 à 500 cc, décèle :

des traces d'albumine.
pas de sucre ,
pas d'acide diacétique,
présence nette d'acétone,
présence de pigments biliaires,
nombreux leucocytes et polynucléaires,
colibacilles très nombreux.

Le taux d'urée dans le sang : 1 gr. 08 par litre.

La pyélonéphrite gravidique banale diagnostiquée lors du premier séjour de la malade à l'infirmerie, a évolué rapidement vers une véritable maladie gravidotoxique. L'état alarmant de la malade et le fait que la grossesse est arrivée à son huitième mois, nous font poser l'indication d'un *accouchement prématuré provoqué* immédiat.

Au point de vue obstétrical, la hauteur utérine est de 27 cm., la tête est amorcée, les bruits du cœur sont positifs.

Le 27 mars, à 11 heures, mise en place d'une bougie de Krause, à minuit, rupture spontanée des membranes, la malade accuse quelques douleurs utérines légères. L'état général est de plus en plus grave.

Le 28 mars, à 19 heures, un toucher montre un col effacé, perméable à un doigt, avec une tête fœtale basse dans l'excavation coiffée par le segment inférieur très mince.

Le 29, à 5 h. 30, l'état de la mère devient très alarmant. Un nouveau toucher confirme le toucher précédent, aucun progrès dans la dilatation du col. Les douleurs utérines sont à peine estompées.

A 19 h. 15, devant l'état général de la malade, on décide de terminer le plus rapidement possible l'accouchement en ayant recours à la rachi-anesthésie. On injecte dans le canal rachidien 0 gr. 08 de scurocaïne cristallisée, dissous dans 4 cc. de liquide céphalo-rachidien.

A 10 h. 35, l'anesthésie est complète, parfaitement bien supportée par la malade. La dilatation manuelle du col est rapide et facile (environ 10 minutes) ; on fait une application de forceps en O. I. G. A. et l'accouchement est terminé à 10 h. 50 par la naissance d'un enfant vivant, de 2 kg 350 gr. La délivrance se fait spontanément 30 minutes après l'accouchement.

Le soir même, la malade se sent mieux et très rapidement l'état général s'améliore. Les vomissements ont immédiatement et rapidement disparu, l'alimentation redevient possible. Le pouls tombe à 100, 90, 80 pulsations, pas de température. Les phénomènes d'ordre psychique disparaissent ; on n'a pas constaté d'accidents secondaires à la rachianesthésie.

De 1 gr. 08 par litre avant l'accouchement, le taux de l'urée dans le sang tombe à 0 gr. 65 et, le 7 avril, à 0 gr. 25 par litre.

Un examen d'urine, le 9 avril, montre :

A) Examen chimique :

- ni sucre,
- ni albumine,
- ni acétone,
- ni acide diacétique,
- quelques traces de pigments biliaires.

B) *Examen bactériologique :*

Colibacilles très nombreux.

Au cours du séjour de la malade dans le service, qui s'est prolongé jusqu'au 30 avril, la malade a présenté encore un accès de température à 39° 5, le 9 et 10 avril ; cependant les signes fonctionnels de pyélonéphrite ont disparu et tout en continuant le traitement avec l'urotropine, la malade est sortie avec un excellent état général, une reprise nette de la courbe de poids et une période d'apyrexie constante depuis plus de deux semaines.

L'enfant manifestement prématuré, a présenté de suite après la naissance un état anémique grave avec 2,263.000 globules rouges et 2.000 globules blancs et, malgré toute thérapeutique, a succombé un mois après la naissance.

En résumé : il s'agit d'une pyélonéphrite grave se traduisant surtout par des signes d'intoxication qui paraissent rester en rapport avec l'atteinte du parenchyme rénal, bien mis en évidence par l'hyperazotémie.

OBSERVATION

(Reçue après la rédaction du texte)

Cette observation, due à l'obligeance de M. le Professeur Rhenter, résume un cas de pyélonéphrite gravidique grave chez une malade soignée en ville.

Mme B..., primipare, présente, le 17 juin 1927, au milieu du 5^e mois de sa grossesse, une poussée aiguë de pyélonéphrite avec élévation brusque de température à 40°. Douleurs lombaires et urétérales, pyurie et colibacillurie. Pendant dix

jours, la température est oscillante sans amendement de symptômes.

On fait pratiquer un cathétérisme des urètres, puis des instillations de nitrate d'argent dans le bassinnet droit.

Après quelques jours de rémission, les accidents se reproduisent, revêtant une allure très aiguë. Douleurs lombo-abdominales droites, température à grandes oscillations entre 38° 2 et 40° 5-41°. Cette situation se prolonge pendant quinze jours environ, puis on constate une altération progressive de l'état général jusque-là résistant, avec, secondairement, alternatives d'excitation et somnolence.

On envisage l'hypothèse d'interruption de la grossesse, lorsque, spontanément, le 21 août, à 6 mois et demi de gestation, se produit un accouchement prématuré et spontané d'un enfant qui ne survit que quelques instants.

La température baisse dès le lendemain pour revenir à la normale en une semaine, et les suites de couches se poursuivent sans incidents, la colibacillurie ayant disparu au bout de trois semaines.

En 1929, la malade a accouché d'un enfant à terme, pesant 4.000 grammes. L'existence d'un rétrécissement du bassin impose au début du travail une opération césarienne basse. Ni pendant la grossesse, ni pendant les suites opératoires qui furent parfaites, elle ne présenta le moindre réveil de l'infection pyélique antérieure.

Conclusions

I. — Nous apportons quatre observations de pyélonéphrite grave de la grossesse. Trois d'entre elles ont été recueillies à la Clinique Obstétricale, la quatrième provient de la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse.

II. — Ces quatre observations ont trait à des pyélonéphrites bilatérales ayant revêtu un caractère de sévérité exceptionnelle, puisque, dans deux cas, on a été contraint d'interrompre la grossesse.

III. — Dans les deux premières observations, il s'est agi de formes d'apparition précoce se traduisant par des phénomènes infectieux intenses et prolongés. Les malades ont présenté le tableau clinique d'une véritable septicémie à colibacilles (les hémocultures sont restées négatives). L'atteinte du parenchyme rénal a paru très modéré dans les deux cas. Les malades ont guéri et la grossesse a continué.

IV. — Dans les deux dernières observations, il s'est agi d'une pyélonéphrite apparue tardivement au cours de la grossesse. Ce sont les phénomènes toxiques qui ont dominé le tableau clinique et les malades ont pré-

senté un véritable syndrome de « vomissements graves ». L'atteinte du parenchyme rénal a paru extrêmement marquée comme en font foi les modifications importantes constatées dans l'élimination urinaire, l'importance de l'albuminurie, l'augmentation du coefficient de Maillard et le taux élevé de l'urée dans le sang. L'évolution convergente de ces signes, associée à l'aggravation de l'état général, a conduit dans les deux cas à interrompre la grossesse, la vie de la mère paraissant en danger immédiat.

V. — Dans le groupe polymorphe des pyélonéphrites graves de la grossesse, il paraît justifié d'isoler ces formes toxiques, bien étudiées déjà par M. le Professeur Fruhinsholz, formes toxiques qui paraissent sous la dépendance d'une atteinte profonde du rein et sans doute aussi du foie et qui sont justiciables de l'interruption de la grossesse qui, lorsqu'elle peut être pratiquée tardivement, n'est pas incompatible avec la survie de l'enfant.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 4 Décembre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	J. VORON.
JEAN LEPINE.	

Bibliographie

ACHARD. — Pyélonéphrite gravidique (*Progr. méd.*, 25-5 1921), page 24.)

ALBARRAN. — Etude sur le remède urinaire. (*Thèse Paris*, 1899.)

— Signes et traitement de la pyélonéphrite gravidique. (*Journ. des prat.*, 1907, p. 243).

ASCHUR. — Deux cas de pyélonéphrite. (*The Journ. of the Amer. Méd. Assoc. N.-Y.* 1920, t. I, p. 320).

ASHBY. — Acute pyélonéphritis complicating pregnancy. (*Bull. M. Soc. Wonnai's M. Coll.* 1894-5, p. 25).

AUDIBERT, GATÉ, GASPARRON et FABRE. — Cas fatal d'urémie après délivrance artificielle pour pyélonéphrite double. (*Soc. Obst. et Gyn.*, février 1928, p. 184).

BAR. — Période présuppurative de l'infection chez la femme enceinte. (*Soc. d'Obst. de Paris*, 1904, p. 200).

BAZY. — A propos des pyélonéphrites gravidiques. (*Soc. de chir.*, 1910, f. 36, p. 826).

- BRINDEAU. — Un cas d'accouchement provoqué pour pyélonéphrite gravidique. (*Soc. d'Obst. de Paris*, février 1909, p. 44).
- BUE. — Pyélonéphrite gravidique. (*L'Obstétrique*, 1890, p. 218).
- CATHALA. — Pathogénie d'étude clinique de la pyélonéphrite gravidique. (*Thèse de Paris*, 1904).
- CHEVASSU. — La pyélonéphrite gravidique. (*Encyclop. franç. Urol.*, t. II).
- La pyélonéphrite gravidique. (*Ann. de Gyn. et Obstr.*, 1914, p. 369).
- COUVELAIRE. — Des pyélonéphrites dites gravidiques. (*J. Méd. franç.*, mai 1922, t. II, p. 212).
- DELBET Paul. — Pyélonéphrite et grossesse. (*Paris chirurgical*, 1913, p. 479).
- FRUHINSHOLZ. — Les faux visages de la pyélite gravidique. (*Rev. Médic. de l'Est*, 15 sept. 1924).
- Pyélite à forme gravido-toxique et interruption de la gestation. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1930, n° 1).
- Certaines formes gravido-toxiques de la pyélonéphrites sont justiciables de l'interruption thérapeutique de la gestation. (*Paris Médical*, n° du 21 XII, 1929).
- JEANNIN. — Colibacillose et état puerpéral. (*Leçon Hôp. Tenon*, 14 avril 1921).
- KLEBS. — Handbuch der pathol. Anatomie. (*Berlin*, 1868, t. I).
- KRUSE. — Ueber pyélonéphritis in der Schwangerschaft. (*Thèse Wuerzburg*, 1899).

- LEGEU. — De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité. (*Congrès Gyn. Obstétr. Pédiatr.*, Rouen, 1904.)
- LEVY-SOLAL et MIZRACHI. — Quelques remarques sur le traitement de la pyélonéphrite gravidique. (*Presse Méd.*, 4 fév. 1925, p. 145.)
— Contribution à l'étude de la pathogénie des pyélonéphrites gravidiques. (*Presse Méd.*, 7 mai 1927.)
- MARCOTTE. — Etude de la pyélonéphrite chez la femme en état de gestation (*Thèse de Paris*, 1925).
- MARION. — *Journal d'Urologie*, 1919, p. 400.
- OPITZ. — Die pyélonéphritis gravidarum et puerperarum (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, n° 55, p. 209, 1905).
- REBLAND. — Des infections du rein et du bassinot consécutives à la compression de l'uretère par l'utérus gravis (*Congr. français Chir.*, 1892).
- SCHARF. — La pyélite, maladie gravido-toxique (*Thèse de Nancy*, 1928).
- STUDDIFORD. — Gynecological conditions due to the B. coli (*Ann. y Obst.*, 1914, p. 489).
- VIALET. — Pyélonéphrite de la grossesse (*Lyon Médical*, 1914, p. 1271).
- WINFIELDS SCOTT PUGH. — Pyélonéphrite : its occurrence und treatment in pregnancy (*Med. Journ. and Record*, Janv. 28, p. 27).
- YVANOWITCH. — Les pyélonéphrites et leur traitement (*Thèse de Paris*, 1923).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I ^{er}	11
CHAPITRE II : Examen des faits observés.....	17
OBSERVATIONS	25
CONCLUSIONS	45
BIBLIOGRAPHIE	47



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



